

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊞

奥州市特定不妊治療等医療機関受診等証明書

下記の夫婦については、本医療機関を受診し、特定不妊治療等以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないため特定不妊治療等を実施したこと及びこれに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

受診者の 状 況	夫（氏名・生年月日）	妻（氏名・生年月日）	子どもの有無
	（ 年 月 日生 歳）	（ 年 月 日生 歳）	有（ 人） 無
今 回 の 治 療 方 法	A B C D E F 該当する記号に○を付けてください (※注参照)	A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 []		精子回収の有無 有・無
今 回 の 治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。)		
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額	今回の治療に係る本人負担額		
	特定不妊治療費（男性不妊医療費を除く）	金額	円
	男性不妊治療費	金額	円

※助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 採卵・受精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 採卵後、受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません。